

Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé : une réponse adaptée, un dispositif à déployer

Michel Dugnat,
pédopsychiatre, psychiatre,
praticien hospitalier,
responsable de l'unité
d'hospitalisation conjointe
parents-enfant
du service de psychiatrie
infanto-juvénile,
Assistance publique-
hôpitaux de Marseille.

Les besoins de soins psychiques en période périnatale constituent un problème de santé publique [1]. La grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant sont un déterminant fondamental de sa santé en général et de sa santé psychique, y compris à l'âge adulte.

Les médias qualifient très souvent de « baby blues » les dépressions du post-partum. Distinguons donc : le baby-blues, période de la vie émotionnelle dans la semaine suivant l'accouchement qui n'est pas une pathologie et concerne, suivant les critères de définition, entre deux tiers et trois quarts des femmes, et la dépression du post-partum¹, qui elle, concerne, suivant les critères de définition choisis, 5 à 15 % des femmes. Ces dépressions du post-partum constituent un trouble désormais mieux reconnu mais qui à ce jour ne fait pas l'objet d'une prise en charge cohérente et globale au niveau du territoire. Moins connues sont les psychoses aiguës du post-partum, décompensations brutales et spectaculaires de l'après-naissance s'inscrivant le plus souvent dans le cadre des troubles de l'humeur. Avec une fréquence de un pour mille naissances, elles représentent plusieurs centaines de cas par an en France.

Mais ces troubles très directement liés à la grossesse ne doivent pas faire oublier que toutes les pathologies psychiatriques avérées préexistantes

sont susceptibles d'être déstabilisées par la grossesse, l'accouchement et le post-partum, avec les exigences liées à la réponse aux besoins du bébé, un être profondément dépendant.

Les réponses à apporter à ces situations, dont l'impact sur le devenir de la famille est non négligeable, sont évidemment extrêmement variables et mobilisent des professionnels et des institutions complémentaires. Si la prévalence des troubles dépressifs pose de redoutables questions, il est nécessaire de porter une attention particulière aux cas les plus difficiles.

Soigner la mère, veiller au développement de l'enfant

La réponse privilégiée aux troubles aigus (plus qu'aux décompensations de pathologies chroniques) est l'hospitalisation conjointe mère-bébé dans des unités qui ont pour objectif de soigner la mère, tout en étant très attentif au développement du bébé. Il s'agit le plus souvent, d'unités de petite taille (deux à huit places mère-bébé) dans lesquelles travaillent une dizaine de professionnels. L'unité est généralement rattachée à des services de pédopsychiatrie et située dans l'enceinte d'un hôpital. L'on dispose, en France, d'une soixantaine de lits à temps plein et à peu près autant de places d'hospitalisation conjointe de jour².

La mise en application des recommandations des sociétés scientifiques britanniques de psychiatrie – le Royaume-Uni a, pour des raisons historiques, mis en place un tel dispositif vingt ans plus tôt que la France – néces-

L'ESSENTIEL

▣ Ces services consistent en l'hospitalisation de la mère et de son enfant lorsque la mère fait face à une dépression grave ou à un autre trouble psychiatrique avéré après l'accouchement.

▣ Ces unités ont fait l'objet d'une évaluation, laquelle confirme le bien-fondé de ce type d'intervention, tant pour la santé psychique de la mère que pour celle de l'enfant.

▣ Néanmoins ces unités demeurent trop rares en France.

Plus généralement, une prise en charge adaptée de la mère et de l'enfant repose sur un réseau de professionnels – hôpital et hors hôpital – travaillant en partenariat et interdisciplinarité.

siterait de multiplier par au moins cinq ce nombre de places (825 000 naissances par an en France et un taux recommandé de 0, 5 lit pour 1000 naissances si le travail en réseau en périnatalité est organisé) [2, 3].

En France, les unités d'hospitalisation mère-bébé se sont développées depuis les années 80, de manière hétérogène, tant dans leur répartition géographique que dans leur fonctionnement. Elles sont devenues l'un des outils de soins en psychiatrie périnatale. Le constat étant de plus en plus partagé, elles n'ont de sens qu'articulées et intégrées dans un réseau pluri-institutionnel, pluri-professionnel et partenarial [4]. Mais ce partenariat, qui vise à rendre possible un travail en réseau personnalisé autour de chaque famille, suppose le développement d'une culture commune de coopération



entre médecine de ville et médecine hospitalière, équipes de soins somatiques et équipes de soins psychiques, institutions du sanitaire et services médico-sociaux départementaux (protection maternelle et infantile – PMI –) et autres équipes médico-sociales [5, 6]. Le Plan périnatalité et plusieurs circulaires [7, 4] ont souligné l'impérieuse nécessité de proposer et de coordonner ces soins psychiques en période périnatale. Dans ce contexte, les unités mère-bébé ont vocation à devenir des dispositifs de conseil et de ressources [8].

Une répartition géographique inégale

Leur répartition n'obéit pas à une logique de santé publique ou à une politique régionale, et seules quelques régions ont mené une réflexion volontariste. Le plus souvent, la création d'unités a répondu à la conjonction de facteurs divers : volonté d'un professionnel de la psychiatrie convaincu de la nécessité de la prévention, existence de moyens humains à affecter à de nouvelles fonctions institutionnelles ou cliniques et/ou obtention, après de nombreuses années, de moyens nouveaux, mobilisation de partenaires dans le champ de la périnatalité.

Quoi qu'il en soit, en Île-de-France comme dans les autres régions, les moyens mis en œuvre ne permettent pas de répondre aux besoins. Toutefois quelques dispositifs (associant travail en partenariat intensif, co-consultations, accueils thérapeutiques à temps partiel, hospitalisation de jour, hospitalisation temps plein et travail en réseau) fonctionnent désormais, en particulier à Bordeaux et à Nantes.

Prenant en compte la circulaire de 1992 sur la pédopsychiatrie, qui enjoignait aux unités d'hospitalisation mère-bébé de s'évaluer, la plupart d'entre elles participent à un groupe de recherche coordonné par la Société Marcé francophone (société savante, association pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales regroupant des professionnels). Cette recherche, en rassemblant grâce à un dossier commun les données de près de 1 300 dyades mères-bébé, a permis de préciser, au travers de plusieurs publications, les caractéristiques et les issues du soin en unité mère-bébé et les effets du soin en hospitalisation conjointe [10, 11].

Les dispositifs partenariaux

En France, les unités d'hospitalisation mère-bébé font l'objet d'un recen-

sement complet^{2, 3}. En revanche, ce n'est pas le cas à ce jour concernant les dispositifs de partenariat entre les services d'obstétrique, les services de psychiatrie et les services de protections maternelle et infantile. En effet, les pratiques de collaboration inter institutionnelles parfois très intensives font rarement l'objet de conventions ou de formalisation entre les équipes.

Les services de protection maternelle et infantile (PMI) des départements ont au cœur de leur mission le suivi et la prise en charge des situations de précarité sociale, des situations de dépression du post-partum « simples ». Mais ce suivi est inégal et un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) met en valeur les différences considérables d'un département à l'autre, en matière de moyens humains des PMI. L'évaluation du plan périnatalité [9] et de la Cour des comptes (deux rapports 2006 et 2012 sur la politique périnatale), insiste sur le fait que l'accompagnement des femmes de milieu défavorisé nécessite tout particulièrement une démarche partenariale cohérente, afin de s'attaquer aux inégalités.

Pour autant, il existe quelques facteurs d'espoir : certains réseaux régionaux de périnatalité (par exemple, le réseau Ombrel à Lille) se sont saisis des

questions médico-psycho-sociales en période périnatale. Et, en dépit de l'absence de soutien des tutelles pour la création de réseaux, l'on constate ici et là un développement progressif du travail en réseau de proximité informel, mais également des créations de réseaux de proximité formalisés, comme par exemple, le réseau Présence Périnat de La Ciotat. Celui-ci a pour particularité d'avoir été impulsé par une association de « techniciennes en intervention sociale et familiale » (TISF), avec une coordinatrice à mi-temps sur le territoire de cette maternité de 700 naissances. Ce réseau développe des liens entre l'ensemble des partenaires (services d'obstétrique, secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, maison de la solidarité départementale, crèches, médecins généralistes, etc.). Ceci conduit à rappeler que les TISF ont un rôle croissant à jouer dans l'accompagnement des conséquences sur la vie de la famille, des troubles psychiques en période périnatale (voir l'article de F. Lagarde dans ce même numéro).

En conclusion, les unités mère-bébé constituent un lieu précieux de prise en charge, dont l'articulation doit être réfléchie avec les familles et programmée avec l'ensemble des structures du champ, tant d'amont que d'aval (services d'obstétrique, de pédiatrie, secteur de psychiatrie, services de PMI, associations de TISF, etc.). Et, en l'absence de telles unités sur un territoire, ce partenariat doit être plus important encore et doit prendre fortement en compte les potentialités des familles.

1. Trouble dépressif sans caractère psychotique survenant dans l'année suivant l'accouchement.

2. <http://www.marce-francophone.fr>

3. On dénombre 18 unités d'hospitalisation mère-bébé à temps plein en France, implantées dans les régions suivantes : Alsace (Strasbourg, Mulhouse, Brumath), Aquitaine (Bordeaux), Franche-Comté (Besançon), Île-de-France (sept unités : Paris (2), Saint-Denis, Le Vésinet, Montesson, Kremlin-Bicêtre, Créteil) Limousin (Limoges), Nord/Pas-de-Calais (Lille), Pays de la Loire (Nantes), Poitou-Charentes (Poitiers), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille), Rhône-Alpes (Lyon).

Par ailleurs, les régions suivantes disposent d'unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé de jour, soit 12 au total : Aquitaine (Bordeaux), Alsace (Strasbourg, Brumath, Erstein), Bourgogne (Chalon-sur-Saône), Île-de-France (Saint-Denis), Loire-Atlantique (Nantes, La Roche-sur-Yon), Limousin (Limoges), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille, Avignon, Montfavet), Rhône-Alpes (Lyon/Bron). Recensement septembre 2013.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Cour des comptes. Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. In : *Rapport public annuel 2012*. Paris : Cour des comptes, 2012 : p. 395-428. En ligne : www.ccomptes.fr/content/download/1859/18646/version/2/file/Politique_perinatalite.pdf

[2] Oates M. *Perinatal Maternal Mental Health Services*. London : Royal College of Psychiatrists, 2000 : 32 p. En ligne : <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR88.pdf>

[3] *Antenatal and postnatal mental health. The nice guideline on clinical management and service guidance*. Leicester/London: The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists, 2007 : p. 54-78. En ligne : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG45fullguideline.pdf>

[4] Circulaire DHOS/O1/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>

[5] *Vocation Sage-femme [dossier]*, 2006, vol. 5, n° 42 : p. 9-32. En ligne : <http://www.em-consulte.com/revue/VSF/5/42/table-des-matieres>

[6] Capgras-Baberon D., Dugnat M. Développement d'un réseau local de périnatalité. *Vocation Sage-femme*, 2006, vol. 5, n° 46-47 : p. 11-16. En ligne : <http://www.em-consulte.com/revue/VSF/5/46-47/table-des-matieres>

[7] Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

[8] Ministère de la Santé et des Sports, direction générale de la Santé. *Évaluation du plan périnatalité 2005-2007 [Rapport final]*. Planète publique, 2011 : 140 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/resultats-de-l-evaluation-du-plan-perinatalite-2005-2007.html>

[9] Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein : leurs rôles en psychiatrie périnatale. *Pluriels/ La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, 2009, n° 80 : 12 p. En ligne : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-96.pdf>

[10] Poinso F., Glangeaud-Freudenthal N. dir. *Orages à l'aube de la vie*. Paris : éditions Érès, coll. La vie de l'enfant, 2009 : 256 p.

[11] Jourdain-Menninger D., Roussille B., Vienne P., Lannelongue C. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse*. Paris : Igas, 2006 : 489 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000139/0000.pdf>